

«Согласованно»  
Государственной службой страхового  
надзора при Министерстве финансов  
Республики Таджикистан

«Утверждено»  
Решением Учредителя ООО  
«Страховая организация «Меънат»  
№003 от 17.06.2013 г.

Председатель  
Мирзоалиев Ф.К. \_\_\_\_\_

Директор  
Мастулов Ф.А. \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

## П Р А В И Л А ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

По настоящим Правилам «Страховая организация «Меънат» (в дальнейшем - Страховщик) заключает договоры страхования, по условиям которых гарантирует организацию и финансирование медицинских услуг определенного объема и качества в соответствии с программами медицинского страхования, являющимися неотъемлемой частью Правил (Приложение №1 а, б, в). В объем страховой ответственности по договору добровольного медицинского страхования не включаются обязательства по договорам обязательного медицинского страхования. Настоящее Правила разработаны в соответствии с гражданским кодексом Республики Таджикистан, Законом Республики Таджикистан «О страховой деятельности» и других нормативно правовых актов Республики Таджикистан.

### 1. Общие положения

**1.1.** На условиях настоящих правил заключаются договоры медицинского страхования со Страхователями, которыми могут выступать юридические лица, заключающие договоры страхования в пользу третьих лиц, (в дальнейшем по тексту - Застрахованные) и физические лица.

**1.2.** Договоры страхования заключаются как без предварительного медицинского освидетельствования, так и с предварительным медицинским освидетельствованием Страхователей (Застрахованных) на основании которого осуществляется принадлежность Страхователя (Застрахованного) к группам риска, по которым дифференцируются размеры подлежащих уплате страховых взносов.

При коллективной форме вопрос о проведении медицинского освидетельствования решается по соглашению сторон и оговаривается договором.

**1.3.** На страхование не принимаются граждане, состоящие на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, кожно-венерологических диспансерах, лица, относящиеся к 5-й группе риска (Приложение № 2).

Заключенные в отношении таких лиц договоры страхования считаются недействительными с момента их заключения. Если в течение срока действия договора страхования у Застрахованных выявляются указанные заболевания, то договор считается прекращенным в отношении данных лиц с момента установления окончательного диагноза.

### 2. Глоссарий терминов

**2.1. Страховщик:** ООО «Страховая организация «Меънат» (в дальнейшем Страховщик), юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством Республики Таджикистан и имеющее лицензию на осуществление страховой деятельности.

**2.2. Страхователь:** юридическое или дееспособное физическое лицо, заключившее договор добровольного медицинского страхования.

**2.3. Застрахованный:** физическое лицо, имущественные интересы которого, связанные со здоровьем являются объектом страхования.

**2.4. Объект страхования:** имущественные интересы, не противоречащие законодательству РТ, связанные со здоровьем.

**2.5. Договор страхования:** соглашение между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется обеспечить организацию и финансирование определенной договором страхования медицинской помощи, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию в порядке и в сроки, установленные договором страхования. В соответствии с настоящими правилами договор страхования заключается в письменной форме путем вручения Страховщиком Страхователю страхового полиса (договора страхования). Договоры страхования могут быть индивидуальными или коллективными.

**2.6. Страховой полис:** документ, удостоверяющий факт заключения договора страхования.

**2.7. Лимит ответственности:** ограничение ответственности Страховщика по одному из рисков или их совокупности. Лимит ответственности может быть коллективным или индивидуальным. Коллективный лимит ограничивает сумму ответственности Страховщика по всем Застрахованным подпадающим под действие лимита. Индивидуальный лимит ограничивает ответственность Страховщика индивидуально для каждого Застрахованного, подпадающего под действие лимита. Лимит может выражаться в денежных единицах (денежный лимит) или в количестве услуг или в иных ограничениях (квотный лимит). В первом случае ограничивается денежное значение выплат Страховщика, во втором — количество услуг, оплачиваемых Страховщиком по данному лимиту.

**2.8. Страховой риск** — совокупность событий, на случай наступления которых проводится страхование, и которые могут быть признаны страховым случаем.

**2.9. Страховым случаем**, является документально подтвержденное обращение за медицинской помощью по поводу: хронического заболевания в стадии обострения и острого заболевания (состояния), травмы, ожогов, отравления и др. повреждений целостности органов в результате несчастного случая в быту и на производстве.

**2.10. Перечень ДМС** — услуг ООО «Страховая организация «Меънат» документ, содержащий информацию о включении услуг в тот или иной риск, в соответствии с описаниями рисков.

**2.11. Описание риска:** описание набора услуг, доступных для Застрахованного по этому риску и правил их получения. Описание, является неотъемлемой частью договора страхования и состоит из определения риска, исключения из риска, правил получения медицинских услуг.

### 3. Объект страхования

**3.1.** Объектом добровольного медицинского страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая.

**3.2.** По договору страхования Застрахованный имеет право на получение медицинских услуг, предусмотренных конкретными условиями договора страхования (п. 4.2.), в медицинских учреждениях, перечисленных в приложении к страховому полису.

### 4. Страховой случай

**4.1.** Страховым случаем является обращение Застрахованного в медицинское учреждение из числа предусмотренных договором страхования при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении и других несчастных случаях за получением консультационной, профилактической и иной помощи, требующей оказания медицинских услуг в пределах их перечня, предусмотренного договором страхования. Страховым случаем признается обращение Застрахованного в медицинское учреждение в течение срока действия договора страхования.

**4.1.1.** Страховщик имеет право не возмещать медицинскому учреждению стоимость услуг, оказанных Застрахованному, если Застрахованный обратился в медицинское учреждение в связи:

с получением травматического повреждения, в состоянии алкогольного, наркотического или

токсического

опьянения;

с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем; с покушением на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц; с умышленным причинением себе телесных повреждений.

Во всех случаях, перечисленных в п. 4.1.1., решение вопроса о возможности получения Застрахованным медицинских услуг в медицинских учреждениях, определенных в договоре страхования, (решается индивидуально) за счет личных средств.

**4.1.2.** Страховщик имеет право не оплачивать лечение застрахованного, если:

- застрахованным получены медицинские услуги, которые не предусмотрены договором страхования;
- застрахованным получены медицинские услуги в медицинских учреждениях, не предусмотренных договором страхования.

В этих случаях решение об отказе в оплате лечения принимается экспертной комиссией Страховщика на основании заключения медицинского учреждения. При несогласии застрахованного с решением экспертной комиссии, отказ Страховщика в оплате лечения может быть оспорен в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Республики Таджикистан и договором страхования.

**4.2.** Договор страхования может быть заключен на следующих условиях:

**4.2.1.** На условиях «Полной страховой ответственности». При заключении договора страхования на таких условиях Страховщик гарантирует Застрахованному предоставление медицинских услуг стационарными и амбулаторными медицинскими учреждениями, определенными договором страхования, в соответствии с конкретным перечнем услуг или предельным уровнем страхового обеспечения, выбранными Страхователем при заключении договора страхования.

**4.2.2.** На условиях «Гарантированного предоставления медицинских услуг при амбулаторном лечении».

При заключении договора страхования на таких условиях Страховщик гарантирует Застрахованному предоставление медицинских услуг в соответствии с их перечнем, выбранным Страхователем при заключении договора страхования, при амбулаторном лечении в медицинских учреждениях, определенных договором страхования.

**4.2.3.** На условиях «Гарантированного предоставления медицинских услуг при стационарном лечении». При заключении договора страхования на таких условиях Застрахованному гарантируется получение медицинских услуг, в соответствии с их перечнем, предусмотренным в договоре страхования, при обращении в стационарные медицинские учреждения, определенные договором страхования.

## **5. Страховая сумма, страховые взносы, форма и порядок их уплаты**

**5.1.** Страховой суммой является предельный уровень страхового обеспечения по договору медицинского страхования, определяемый исходя из перечня и стоимости медицинских услуг, предусмотренных договором медицинского страхования.

**5.2.** Страховые взносы, уплачиваемые Страхователем по договору страхования, устанавливаются исходя их базовых тарифов в зависимости от условий страхования (п. 4.2.), выбранного Страхователем перечня медицинских услуг и уровня страхового обеспечения по договору страхования (п. 5.1.), срока страхования и иных условий, предусмотренных договором страхования.

**5.3.** Страховые взносы по договору страхования уплачиваются Страхователем единовременно - разовым платежом за весь срок страхования или - периодически, в течение срока страхования.

**5.4.** Порядок и сроки уплаты страховых взносов определяются договором страхования.

5.5. При страховании на срок менее 1 года стоимость страхового полиса уменьшается с учетом коэффициента краткосрочности:

<b>Срок страхования</b>	<b>Процент от премии</b>
1 месяц	20
2 месяца	35
3 месяца	50
4 месяца	60
5 месяцев	65
6 месяцев	70
7 месяцев	75
8 месяцев	80
9 месяцев	85
10 месяцев	90
11 месяцев	95

**5.6.** Страховые взносы Страхователем перечисляются на расчетный счет Страховщика путем безналичных расчетов.

**5.7.** Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска (увеличение стоимости услуг лечебного учреждения и пр.) вправе потребовать от Страхователя изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска. Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования.

## **6. Срок действия договора**

**6.1.** Срок действия договора страхования определяется условиями договора.

**6.2.** При согласии сторон договор страхования пролонгируется на новый срок. При пролонгации договора страхования Страховщик вправе предоставить скидку.

## **7. Порядок заключения и оформления договора страхования**

**7.1.** Для заключения договора страхования Страхователь обращается к Страховщику с письменным заявлением.

**7.1.1.** Договор страхования заключается с юридическим лицом и в договоре указывается: наименование, юридический счет и реквизиты банковского счета Страхователя;

условия страхования;

программа медицинского страхования;

перечень медицинских учреждений, в которых гарантируется предоставление услуг застрахованным;

срок действия договора страхования;

количество застрахованных;

размер страхового взноса, подлежащего уплате по договору страхования;

порядок и форма уплаты.

**7.2.** Застрахованному запрещается передавать именной страховой полис другим лицам с целью получения ими медицинских услуг по договору страхования.

**7.3.** При утрате застрахованным страхового полиса он должен незамедлительно оповестить об этом Страховщика. Утраченные документы признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинских услуг в соответствии с договором страхования. Взамен Страхователю выдаются новые.

При повторной утрате страховых документов в течение действия договора страхования со Страхователя дополнительно взыскивается платеж в размере фактической стоимости их изготовления.

\*Примечание: В отдельных случаях исходя из технологии осуществления медицинского страхования договор оформляется страховым полисом.

**7.4.** Договор страхования вступает в силу в сроки, установленные в договоре страхования, но не ранее даты уплаты страхового взноса (первого или единовременного).

Если условиями договора страхования не предусмотрено иное, договор страхования вступает в силу:

а) при уплате страхового взноса наличными деньгами, с 0 часов дня, следующего за тем, в котором был уплачен страховой взнос;

б) при уплате страхового взноса путем безналичных расчетов, с 0 часов дня зачисления страхового взноса на счет Страховщика.

**7.5.** Страховой полис выдается Страхователю в течение трех дней после уплаты страхового взноса (первого или единовременного)

## **8. Права и обязанности сторон**

**8.1.** Право Страхователя по договору страхования.

требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий договора страхования;

изменить число Застрахованных в соответствии с настоящими правилами;

расширить объем страховой ответственности по соглашению со Страховщиком, уплатив дополнительную страховую премию;

Страхователь с согласия застрахованного и Страховщика вправе внести изменения в список застрахованных в части замены одного застрахованного лица другим лицом;

Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту расторжения договора страхования возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, указанным в п. 9.1.7 с письменным уведомлением Страховщика не позднее, чем за 30 дней до предполагаемой даты расторжения;

досрочно расторгнуть договор страхования, если это предусмотрено условиями договора страхования.

**8.2** Обязанности Страхователя по договору страхования.

довести до сведения Застрахованных условия предоставления медицинской помощи.

предоставить Страховщику достоверную информацию, необходимую для заключения договора страхования;

уплатить страховую премию в размере и в сроки, установленные договором страхования.

**8.3.** Право Страховщика по договору страхования.

требовать от Страхователя предоставления достоверной информации, необходимой для заключения договора страхования;

досрочно расторгнуть договор страхования;

изменить страховую сумму или уменьшить объем страховой ответственности по договору страхования при изменении цен на предоставляемые медицинские услуги и медицинскую помощь;

уменьшить объем страховой ответственности при неуплате очередных страховых взносов пропорционально размеру внесенного платежа.

**8.4.** Обязанности Страховщика по договору страхования.

ознакомление Страхователя с настоящими Правилами;

своевременное вручение страхового полиса Страхователю;

предоставление Застрахованным медицинских услуг и медицинской помощи в соответствии со страховой программой;

конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованным).

## **9. Прекращение действия договора страхования**

**9.1.** Договор страхования прекращает действие и застрахованный теряет право на предоставление медицинских услуг по договору в случае:

**9.1.1.** Истечения срока действия договора страхования;

**9.1.2.** Смерти Застрахованного;

**9.1.3.** Принятия судом (арбитражным судом) решения о признании договора недействительным;

**9.1.4.** Ликвидации Страховщика – юридического лица.

**9.1.5.** Ликвидации Страхователя – юридического лица

**9.1.6.** Исполнении Страховщиком своих обязательств по договору страхования в полном объеме.

**9.1.7.** Если существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай и возможность наступления страхового случая отпала до наступления срока, на который договор был заключен, с письменным уведомлением Страховщика не позднее, чем за 30 дней до предполагаемой даты расторжения;

При этом страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование».

**9.2.** По требованию Страховщика или Страхователя, если это предусмотрено условиями договора;

**9.3.** Неуплаты Страхователем страховой премии в порядке и в сроки, установленные договором страхования;

**9.2.** О намерении досрочного прекращения договора страхования стороны обязаны уведомить друг друга не менее чем за 30 дней до предполагаемой даты прекращения, если иное не предусмотрено договором страхования.

стихийными бедствиями.

## **10. Порядок и условия осуществления страховой выплаты**

**10.1.** При наступлении страхового случая медицинские услуги Застрахованному оказываются на основании предъявления им страхового полиса. Для получения медицинских услуг Застрахованный обращается в медицинские учреждения, предусмотренные договором страхования или к Страховщику по контактными телефонам, указанным в договоре страхования и полисе.

## **11. Порядок разрешения споров**

**11.1.** Споры, возникающие по договору страхования, разрешаются путем переговоров с привлечением согласительной комиссии, в состав которой входят представители Страхователя, Страховщика и в случае необходимости независимые эксперты по требованию и за счет потребовавшей стороны.

**11.2.** При не достижении соглашения спор передается на рассмотрение суда в порядке, предусмотренном действующим законодательством Республики Таджикистан.